N° 50

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 9 AOUT 1884

Par Ernest MOIROUD

Né à CRÉPOL (Drôme)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

RUES DURAND ET LEVAT

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✠ ✠..... DOYEN
COMBAL ✠ ✠.....
GRASSET..... } ASSESSEURS

PROFESSEURS

Pathologie externe	BOYER ✠.
Accouchements	DUMAS ✠.
Clinique médicale	DUPRÉ ✠ C. ✠.
Anatomie	BENOIT ✠ ✠.
Clinique médicale	COMBAL ✠ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✠.
Physique médicale	MOITESSIER ✠.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✠.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✠ ✠.
Physiologie (chargé du cours)	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	N...
Opérations et appareils	N...

MARTINS (O. ✠), FONSSAGRIVES (O. ✠), COURTY ✠, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATTLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✠.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET, *Président ;*
CAVALIER, *Professeur ;*
MOSSÉ, BLAISE } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS - A MON BEAU-FRÈRE

E. MOIROUD.

A mon Président de Thèse

M. le professeur GRASSET

A MES AMIS

E. MOIROUD.

INTRODUCTION

Pendant le courant de l'année, en suivant le service des vieillards, nous avons eu l'occasion de suivre de très-près plusieurs malades atteints d'épilepsie hémiplégique. L'un d'eux étant mort, et l'autopsie ayant révélé des lésions du plus haut intérêt, nous avons résolu de prendre ces cas pour en faire le sujet de notre Thèse inaugurale. M. le professeur agrégé Hamelin, que nous remercions ici publiquement, a mis à notre disposition, avec la libéralité d'esprit qu'on lui connaît, et ses conseils et ses observations.

Nous ne prétendons pas avoir rien fait d'original ; nous apportons simplement le fruit de nos observations et les réflexions qu'elles nous ont suggérées.

Puissent ces quelques efforts plaire à nos Maîtres et nous valoir leur bienveillance.

DÉFINITION

On désigne sous le nom d'épilepsie hémiplégique ou jacksonienne, un syndrome spécial consistant en convulsions, accompagnées ou non de perte de connaissance, mais exactement localisées à un côté ou y prédominant, et tenues sous la dépendance d'une lésion de l'écorce cérébrale.

DIVISION DU SUJET

Notre travail comprendra les chapitres suivants :

Chapitre Premier — Historique.

Chapitre II. — Symptomatologie.

Chapitre III. — Étiologie. — Anatomie et physiologie pathologiques.

Chapitre IV. — Pronostic et diagnostic.

Chapitre V. — Traitement.

Chapitre VI. — Observations.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0121

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Au commencement du siècle, cette maladie était encore confondue avec l'épilepsie vulgaire. Ce n'est pas qu'avant cette époque elle n'eût été vue : d'éminents observateurs la mentionnent dans leurs œuvres. Hollier, Jensius, Moulin (1), Portal (2) en rapportent des cas très-nets; mais aucun de ces auteurs n'insiste sur ces faits, et personne ne s'avise de les distinguer et d'en faire l'objet d'une description spéciale. Cette forme morbide échappe à leurs yeux et reste méconnue.

A Bravais (3) était réservé l'honneur et le mérite de faire cette dé-

(1) Recherches sur l'épilepsie.

(2) Observations sur la natnre et le traitement de l'épilepsie, p. 132.

(3) Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique, Thèse de Paris, 1827, p. 118.

couverte. Il voit et décrit le premier l'épilepsie hémiplégique, dont il fait le sujet de sa thèse inaugurale, soutenue à Paris en 1827. Ce travail, auquel Charcot a décerné les plus beaux éloges, crée l'histoire clinique de cette maladie. Les divisions qui y sont adoptées sont deveclassiques et, depuis cette époque, on n'a rien ajouté à la description qu'il nous a laissée. Mais c'était une œuvre purement symptomatologique, et les lésions qui pouvaient tenir ce syndrome sous leur dépendance étaient encore absolument méconnues.

Les efforts vont désormais tendre vers ce but, et nous verrons les connaissances acquises dans cette voie compléter et couronner l'œuvre commencée par Bravais. Cette deuxième période de l'histoire de l'épilepsie hémiplégique commence quelque temps après les travaux de ce dernier auteur et se continue encore de nos jours.

Elle est surtout caractérisée par les travaux d'Hughlings Jackson. Ce médecin, recueillant un grand nombre d'observations sévèrement contrôlées, entreprend la tâche de déterminer cliniquement les centres moteurs corticaux.

Ses travaux commencèrent en 1861 et se poursuivirent jusqu'en 1873 (1).

Entre autres faits, il démontra très-bien que les convulsions de l'épilepsie hémiplégique étaient liées à une lésion de l'écorce cérébrale. Ces résultats furent plus tard confirmés par les travaux de Hitzig et Ferrier.

Jackson complète ainsi l'œuvre commencée par Bravais, et ces deux observateurs réunis fondent définitivement l'histoire clinique de cette épilepsie hémiplégique, que M. Charcot propose d'appeler Epilepsie jacksonienne (2).

Dès lors, les observations surgissent de toutes parts et de divers côtés, venant corroborer les conclusions déjà acquises. Ce ne seront plus désormais que des découvertes de détail qui viendront s'ajouter aux faits capitaux parfaitement connus.

(1) Thèse de Lépine, p. 139.

(2) Grosset, Des localisations dans les maladies cérébrales.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Nous l'avons déjà dit, l'histoire clinique de cette affection a été créée par Bravais. Nous nous inspirerons dans cette étude de ses idées et de ses vues, adoptant ses divisions, qui sont devenues classiques, et dont nos observations ne feront que corroborer et mettre en relief l'indiscutable vérité.

Les malades atteints de cette forme d'épilepsie présentent des convulsions de force et de durée variables. Les périodes toniques et cloniques se succèdent très-souvent avec la régularité connue; d'autres fois les accès sont désordonnés et soustraits à toute règle fixe. — Il y a, sinon constamment, du moins fréquemment perte de connaissance.

Ces symptômes appartiennent également à l'épilepsie vulgaire, et, jusqu'ici, nous n'avons rien trouvé qui fût caractéristique. Ce trait distinctif, cette individualité qui avait frappé Bravais, se tire de la localisation des phénomènes à une moitié du corps. Pendant qu'un côté est agité de convulsions, l'autre demeure calme et tranquille au milieu de ce désordre. C'est ce phénomène, dont la constance est de règle, qui a valu à l'affection qui nous occupe le nom d'épilepsie hémiplégique (de ημιπλεσσω, je frappe la moitié).

Mais l'invasion de l'accès ne se fait pas indifféremment; son mode

de début est soumis à des lois fixes et invariables. Ce sera l'éternel mérite de Bravais d'avoir démontré ce fait à l'aide de l'observation clinique seule. Il a remarqué que les convulsions, le plus fréquemment précédées d'une aura, débutaient par la face, le bras, ou la jambe, et que ce mode d'invasion restait toujours le même pour un cas donné. Ainsi, il y en a qui envahissent d'abord et toujours ou le bras ou la jambe, ou la face, restant fidèles à ce mode de début qui est invariablement le même pendant toute la durée de la maladie.

Bravais, en profond observateur, fut frappé de ces faits et en fit la base d'une division que les recherches anatomo-pathologiques, aussi bien que la physiologie expérimentale, devaient confirmer de la manière la plus éclatante. Il distingua les convulsions qui débutaient par le bras, la tête, la jambe, et décrivit chacune d'elles séparément. Nous adopterons sa division et étudierons successivement chacune de ces épilepsies.

1re Variété. — *Épilepsie hémiplégique débutant par la tête*

Dans cette variété, les accès débutent par la convulsion de la joue et des paupières d'un seul côté ; l'œil roule dans son orbite, et l'on voit la commissure buccale se fendre jusqu'à l'oreille. Immédiatement et après, la tête s'agite, entre en demi-rotation, et s'incline vers l'épaule par la flexion des vertèbres cervicales ; mais bientôt le membre supérieur est envahi par les convulsions ; enfin, le membre abdominal en est lui-même affecté. Rarement l'accès est incomplet ou borné à la partie supérieure du tronc (1).

Les symptômes de sensibilité consistent en un trouble dans la vision et l'audition du même côté. Pendant l'accès, l'anesthésie semble complète dans la moitié atteinte. Les convulsions disparaissent dans

(1) Bravais, Thèse citée.

un ordre inverse. La fin et le début des accès se font à la tête. Voici une xemple de ce type emprunté à la thèse de Bravais.

Chez Villiot, il y a d'abord distorsion du côté droit de la bouche ; un moment après, la tête s'incline et se tourne à droite, les muscles du membre supérieur et de la jambe se convulsent. Les membres à gauche sont tranquilles, mais à la fin de l'accès, le malade s'incline et se couche sur le même côté, comme ferait un homme qui aurait envie de dormir. Quelques instants après, un nouvel accès recommence dans la moitié droite du corps.

IIe Variété. — *Épilepsie hémiplégique débutant par le bras.*

Les malades de cette catégorie prévoient ordinairement la venue des accès. Ce sont des fourmillements, des tiraillements, une aura particulière, perçus dans l'un des doigts ou à la paume de la main, qui les informent de l'imminence de l'invasion. Très-souvent, il est possible au malade de saisir l'instant qui sépare les convulsions du membre supérieur de celles des autres muscles. Chez beaucoup de ces malades, l'accès avorte, se réduisant à des secousses, des tiraillements, des engourdissements limités au membre malade.

Quand les attaques sont complètes, voici ce que l'on peut observer : d'abord, convulsion du bras et de l'avant-bras, ensuite des muscles du membre inférieur, du visage, du cou, et enfin des parois de la poitrine et de l'abdomen. Au plus fort de l'accès, le corps s'incline du côté malade en s'incurvant en arc. Ceci est un signe commun à toutes les variétés d'épilepsie hémiplégique, pourvu qu'elles soient complètes. L'exemple suivant, encore emprunté à la thèse de Bravais, fixera les idées :

La crise de Roy débute toujours par une sensation d'engourdissement dans les doigts et toute la main droite ; les trois premiers doigts lui semblent peut-être plus affectés que les deux autres. Les

muscles de l'avant-bras se contractent alors avec force. Ensuite les muscles du côté droit du visage et du cou entrent en contraction, la bouche se fend jusqu'à l'oreille droite par secousses alternatives, la tête s'incline du même côté, la respiration est suspendue, les muscles du membre inférieur sont agités par les mêmes secousses, mais à un degré plus faible (1).

III[e] Variété. — *Épilepsie hémiplégique débutant par le pied.*

Cette variété a une marche caractéristique ; aussi est-il facile de la distinguer des autres. Elle est presque toujours précédée d'une aura qui, naissant d'un point du membre inférieur, le plus ordinairement du pied, remonte vers la jambe, le bras, le cou, pour aboutir à la tête. C'est à ce moment qu'éclatent les convulsions, exactement localisées à un seul côté.

La jambe, puis le bras s'agitent de secousses cloniques. En même temps, le corps s'incurve fortement à droite, comme s'il voulait se plier en deux, et les convulsions envahissent en dernier lieu la face. La commissure est fortement tirée vers l'oreille, et l'œil roule rapidement dans l'orbite. Tous ces désordres n'occupent qu'un seul côté, pendant que l'autre demeure absolument calme. Durant tout le temps de l'attaque, cette partie du corps demeure insensible aux pincements et aux piqûres. Tout cela dure une minute ou deux. En revenant à lui, le malade semble sortir d'un rêve et se trouve profondément hébété.

Tel est le tableau de l'attaque complète, accompagnée de perte de connaissance. Quelquefois la crise est tronquée ; le malade lui-même peut la faire avorter à son gré. Notre Observation II en présente un très-bel exemple.

Dès que le malade sent l'aura, qui chez lui s'annonce par un senti-

(1) Bravais, page 36.

ment de fraîcheur au niveau du petit orteil, il serre fortement le membre avec une ficelle qui s'y trouve enroulée et coupe, à ce qu'il nous dit, l'accès avant qu'il ait atteint son entier développement. Nous ne savons ce qu'il y a de vrai dans ce moyen, mais nous croyons fort que le malade s'en impose sur son utilité. Nous l'avons fréquemment vu dans ces circonstances, et il nous a toujours paru que l'accès se déroulait dans son entier, sauf peut-être la perte de connaissance.

En dehors de l'emploi de ce moyen, la crise peut être naturellement incomplète. Ce sont alors de simples auras, des crampes, des convulsions qui ne se généralisent pas. Mais, caractère distinctif et absolument typique, ces phénomènes débutent toujours par le pied.

Le malade qui fait l'objet de notre Observation II à présenté toutes ces formes. C'est un cas absolument caractéristique de cette variété d'épilepsie hémiplégique. Nous engageons beaucoup à la lire.

Telle est l'étude détaillée de chacune de ces épilepsies.

Si maintenant nous résumons ces symptômes, voici ce que l'on observe : Aura fréquente mais pouvant manquer, convulsions limitées à un seul côté, incurvation du corps en arc de cercle, distorsion de la bouche, commissure fendue jusqu'à l'oreille, chute rare, parce que le malade prévoit l'accès très-souvent, perte de connaissance très-fréquente.

Voilà l'allure générale des convulsions hémiplégiques qui se spécialisent par leur mode de début.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

§ I

Les convulsions hémiplégiques sont sous la dépendance immédiate d'une lésion de l'écorce cérébrale. Mais quelle en est la cause productrice, quelles sont les maladies générales ou locales qui l'engendrent ?

La méningite, par les exsudats qu'elle dépose à la surface du cerveau dans des points quelquefois très-limités, provoque très-souvent des convulsions ayant tous les caractères de celles que nous étudions. Des cas de cette nature sont rapportés dans la Thèse de Demongeot de Confevion et dans celle de Landouzy.

Les hémorrhagies et les ramollissements corticaux revendiquent aussi de nombreux cas d'épilepsie hémiplégique. Nos deux observations sont très-probantes à cet égard. Dans l'une, l'autopsie a fait voir un double foyer hémorrhagique ancien, occupant l'écorce au niveau de l'extrémité supérieure des circonvolutions rolandiques et du lobule paracentral, étendu aux deux côtés, l'un plus ancien que l'autre.

Dans la seconde observation, il n'y a pas d'autopsie ; mais ne ressort-il pas clairement de sa lecture que nous avons affaire à une lésion de cette nature ? Les antécédents alcooliques, le mode de début,

la marche lente des accidents et les troubles psychiques, si caractéristiques, ne militent-ils pas en faveur d'un ramollissement? D'ailleurs, de nombreux cas de ce genre sont rapportés dans la science ; il est inutile d'en faire une mention spéciale.

L'influence de la syphilis a été mise hors de doute par de nombreuses observations, et surtout par celles de Charcot, qui a consacré à ce sujet une leçon clinique, rapportée dans le deuxième volume de ses leçons sur les maladies du système nerveux.

La plupart des tumeurs, tubercules, gliomes, etc., les abcès, les contusions, produisent aussi très-fréquemment les accidents qui nous occupent.

Enfin, dans une observation qui appartient à Jackson, on constate la présence d'hydatides.

Voilà les causes ordinaires productrices de la lésion. Occupons-nous maintenant de cette dernière. Quels points du cerveau occupe-t-elle et quels phènomènes provoque-t-elle suivant le siège ? Nous ne voulons, bien entendu, parler que de la localisation cérébrale de l'épilepsie hémiplégique.

Avant de passer en revue et de discuter les observations cliniques capables de nous aider à la solution de ce problème, nous croyons utile de dire quelques mots rapides de la topographie cérébrale et d'exposer les conclusions des travaux de Hitzig et Ferrier.

§ II.

Un hémisphère cérébral présente, à sa surface externe et interne, une foule de plis ou circonvolutions, disposés avec une apparente irrégularité. Ceux-ci sont séparés par des sillons, dont plusieur présentent une remarquable constance dans leur siège et dans leur direction. Ces conditions leur ont valu d'être choisis comme points de repère dans la description topographique de l'écorce.

A la face convexe du cerveau se trouvent les scissures de Sylvius et de Rolando, très-visibles et bien connues. La première est étendue a peu près transversalement en arrière et en haut ; la deuxième oblique en bas et en avant. Cette dernière part presque toujours du bord supérieur de l'hémisphère. Elle descend jusqu'au dessus de la scissure de Sylvius, qu'elle n'atteint pas.

Toute la partie du cerveau en avant de la scissure de Rolando, limitée en bas par la scissure de Sylvius constitue le lobe frontal.

Sur ce lobe se trouvent quatre circonvolutions. L'une, parallèle à la scissure de Rolando, qu'elle borde en avant, occupe toute la hauteur du lobe frontal : c'est la frontale ascendante. En avant, et en haut de cette circonvolution, s'en trouvent trois autres, à direction horizontale et parallèle entre elles, formant trois étages superposés l'un au-dessus de l'autre : ce sont les frontales que l'on numérote en France de haut en bas.

Le lobe pariétal est en arrière de la scissure de Rolando et au-dessus de celle de Sylvius. Il est limité en arrière par la scissure perpendiculaire externe, peu visible chez l'homme, mais très-nette chez le singe.

La scissure interpariétale, dirigée d'arrière en avant, sépare ce lobe en deux étages superposés, lobule pariétal supérieur et pli courbe. En avant de ceux-ci et bordant en arrière le sillon de Rolando se trouve la pariétale ascendante symétrique à la frontale de même nom.

Nous laissons de côté les lobes temporal et occipital, qui ne sont d'aucune utilité pour la démonstration que nous voulons faire.

A la face interne d'un hémisphère, on remarque en bas une longue circonvolution bordant le corps calleux et se recourbant à ses extrémités. C'est la circonvolution crêtée Au-dessus d'elles se trouvent la face interne de la première frontale, le lobule paracentral, l'avant-coin et le coin, séparés de l'étage inférieur pur la scissure calloso-marginale.

De ces diverses parties, le lobule paracentral seul nous arrêtera un moment. Il est la continuation à la face interne des circonvolutions

frontale ascendante et pariétale ascendante, que ne sépare plus le sillon de Rolando. Celui-ci, en effet, atteint tout au plus le bord supérieur de l'hémisphère, mais ne passe jamais sur la face interne. Le lobule paracentral présente quelquefois un petit sillon transversal dirigé d'arrière en avant.

Nous terminons ici notre description anatomique ; ces notions, quelque succintes qu'elles soient, rendront plus facile et surtout plus claire l'exposition de l'anatomie pathologique de l'épilepsie jacksonienne.

Voyons maintenant, aussi rapidement que possible, quelles sont les propriétés physiologiques de l'écorce cérébrale. Nous nous efforcerons surtout de mettre en relief les phénomènes provoqués par son excitation. Cette étude préalable nous sera très-utile, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par la suite de notre travail.

§ III

L'écorce cérébrale n'a été soumise à l'expérimentation suivie des physiologistes que dans ces derniers temps. Ces travaux sont surtout caractérisés par les recherches de Hitzig et Ferrier. Ces expérimentateurs se mirent à l'œuvre vers 1870, et furent les premiers à appliquer l'électricité dans les tentatives de localisation des fonctions cérébrales. Après avoir démontré l'excitabilité de certains points du cerveau, ils déterminèrent les centres des mouvements. Ils opérèrent d'abord en excitant l'écorce. On obtenait ainsi du côté opposé des mouvements toujours les mêmes pour un mode d'excitation donné. Leur intensité était variable suivant les cas, et pouvait aller du simple mouvement jusqu'aux convulsions et aux contractions tétaniques. On fit alors la contre-épreuve. On enleva le point de l'écorce qui avait été excité, et il y eut immédiatement des paralysies correspondantes. Et ces ré-

sultats étaient toujours pareils quand on se mettait dans des conditions identiques d'expérimentation. Cette constance dans les effets produits frappa les physiologistes. Il y avait là à la surface du cerveau des points qui avaient la propriété d'exciter des mouvements limités dans le côté opposé. Il y en avait pour la jambe, le bras, les lèvres, la langue, les yeux, les oreilles. Ces points furent appelés centres psycho-moteurs ; à chacun d'eux, à l'exclusion de toute autre partie du cerveau était dévolue la propriété d'exciter des mouvements limités et parfaitement déterminés. Après Hitzig, Ferrier les a décrits. Ce dernier auteur s'est servi du cerveau du singe. Il place le centre du membre antérieur au haut de la scissure de Rolando, des deux côtés de cette scissure, sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Le centre du membre postérieur serait en arrière du précédent, dans le lobule pariétal supérieur, près de la scissure interhémisphérique.

En avant du premier centre, sur le tiers postérieur de la première circonvolution frontale, est le centre des mouvements de rotation de la tête et du cou ; au-dessous, sur le tiers postérieur de la deuxième circonvolution frontale, est le centre des mouvements des muscles de la face.

Au-dessous encore, sur le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale, est le centre des mouvements de la langue, des mâchoires, etc.

Beaucoup plus en arrière, au sommet de la scissure parallèle, sur le pli courbe, est le centre de certains mouvements des yeux.

Enfin, à la partie antérieure de la première circonvolution temporale, entre la scissure de Sylvius et la scissure parallèle, est le centre des mouvements des oreilles.

Voilà les résultats de l'investigation physiologique. Ils présentent le plus haut intérêt pour nous ; et déjà, à la lumière de ces faits seuls, il nous est possible d'interpréter la signification des lésions trouvées à l'autopsie de la malade qui fait l'objet de notre première Observation, et de saisir le lien qui les unit aux symptômes présentés pendant la vie.

L'extrémité supérieure des circonvolutions rolandiques, le lobule paracentral et le lobule pariétal supérieur sont altérés par l'hémorrhagie ; comment, dès lors, ne pas comprendre les convulsions qui se sont montrées dans la jambe et le bras, dont les centres moteurs se trouvaient irrités ? Ces travaux physiologiques, en déterminant les propriétés de l'écorce cérébrale, sont d'une haute importance pour l'intelligence du sujet qui nous occupe. Avec eux, rien d'obscur.

Mais nous devons à la vérité de dire que les cliniciens ont précédé les expérimentateurs dans cette voie des localisations.

Ainsi, Jackson avait établi la corrélation qui existe entre la lésion cérébrale et les convulsions hémiplégiques bien avant les travaux de Hitzig et Ferrier. On peut même affirmer que la clinique seule peut donner des résultats probants, au moins chez l'homme.

Nous venons d'établir, d'après les recherches des physiologistes, qu'une irritation de l'écorce cérébrale donne lieu à des mouvements convulsifs dans le côté opposé du corps. La clinique confirme-t-elle ces résultats, le point atteint se rapproche-t-il du centre présumé par les expériences sur les animaux ? Pour résoudre ce problème, nous allons passer en revue les observations d'épilepsie hémiplégique que nous avons pu trouver dans les diverses publications et en étudier les enseignements nécroptiques.

§ IV

Ces faits doivent être classés en deux groupes.

Dans la première catégorie, on rapporte avec une très-grande exactitude l'histoire clinique de la maladie et les constations autopsiques. Mais on ne tire aucune conclusion. Le lien qui unit la lésion aux symptômes est méconnu. Ce n'est que plus tard qu'on a pu établir cette relation. Ces sortes d'observations sont assez nombreuses. Nous allons les donner par ordre chronologique. Ceci nous amènera à la deuxième période, qui commence avec les travaux de Jackson.

En 1821, Parent-Duchâtelet observe quelques cas très-intéressants (1). Tels sont les suivants :

Lambert eut des convulsions de presque tous les muscles du côté droit ; on trouva chez lui les méninges rouges, injectées en différents points correspondant au pariétal gauche.

Une ouvrière en dentelles eut une méningite de la face supérieure des deux hémisphères qui avait entraîné pendant la vie des mouvements convulsifs dans les deux bras.

En 1827, la même année que Bravais, Demongeot de Confrevons publiait des faits de cet ordre dans sa Thèse inaugurale (2).

Ainsi, Parent présente des convulsions limitées au côté droit, et tout particulièrement à l'œil, la mâchoire et le bras droit. L'autopsie fait voir des granulations tuberculeuses en très-grand nombre, agglomérées surtout dans la scissure interlobaire, et en contact avec la face interne de l'hémisphère gauche. Dans ce point, la substance cérébrale est rose et ramollie. Landouzy fait remarquer que les lésions étaient surtout considérables à la face interne du lobule paracentral gauche.

Le même auteur rapporte un autre cas du plus haut intérêt. Il fait l'objet de l'Observation V de sa thèse.

Un enfant, après des coups reçus sur la tête, présente une méningite circonscrite au niveau de la suture fronto-pariétale droite et des contractures de la face à gauche.

En 1830, Papavoine (3) rapporte l'observation d'un enfant qui eut des convulsions cloniques de la face droite et des membres droits. Les lésions tuberculeuses étaient surtout marquées à gauche.

(1) Parent-Duchâtelet et Martinet, Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale et spinale, Paris, 1821.

(2) Demongeot de Confrevons, Essai sur la méningo-encéphalite ou inflammation du cerveau, et de ses membranes, spécialement considérée dans l'enfance. Thèse de Paris, 1827, n° 276.

(3) Papavoine, Journal hebdomadaire, 1830, tome VI, page 13.

Lallemand (1) cite une ulcération superficielle de l'hémisphère droit entraînant des convulsions du bras et de la jambe gauche.

Andral (2) rapporte un ramollissement cortical latéral gauche ayant entraîné une contracture limitée à deux doigts de la main ; un ramollissement du lobe moyen de l'hémisphère droit ayant causé des contractions partielles du membre supérieur gauche et des alternatives de paralysies et de contractures.

En 1855, Charcot et Vulpian publient un fait très-concluant d'épilepsie hémiplégique droite commençant par la face, donnant à l'autopsie une lésion du pariétal gauche et un abcès de la cavité arachnoïdienne correspondante (3).

Baudot, en 1859, observe une tumeur du lobe moyen gauche ayant entraîné des attaques épileptiformes avec prédominance à droite (4).

Cruveilher, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, donne un cas de convulsions épileptiformes gauches, produites par une tumeur carcinomateuse occupant la partie postérieure de la première circonvolution frontale et la portion avoisinante de la circonvolution frontale ascendante.

En 1867, Broca observe un cas dans lequel un abcès consécutif à une fracture de la région fronto-pariétale gauche produisit une épilepsie hémiplégique droite débutant par la jambe (5).

En 1870, Villard observe une tumeur de la dure-mère pénétrant dans la substance de l'hémisphère gauche qui avait entraîné, durant la vie, des convulsions hémiplégiques droites (6).

Enfin, en 1873, Rendu observe un ramollissement de la circonvolution

(1) Lallemand, Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale, 1830.
(2) Andral, Clinique médicale, 1833, tome V, page 477.
(3) Charcot et Vulpian, Société de biologie, 1855.
(4) Baudot, Société anatomique, 1859.
(5) Broca, Société de chirurgie, 1867.
(6) Villard, Société anatomique, 1870.

marginale postérieure qui avait causé des accès convulsifs du côté opposé (1).

Voilà les faits qui avaient précédé et préparé en quelque sorte l'œuvre de Jackson. On n'a pas saisi encore les rapports physiologiques qui unissent l'altération cérébrale aux phénomènes convulsifs. L'attention n'a pas été appelée de ce côté, et l'on se contente de rapporter avec une scrupuleuse exactitude les phénomènes observés ; mais c'était un acheminement vers la découverte de la vérité. Des observations déjà si nombreuses et se ressemblant d'une manière si frappante ne pouvaient tarder à éveiller l'attention ; il devait se trouver un observateur assez heureux pour leur arracher la vérité. A Huglings Jackson était réservé cet honneur.

Cet auteur s'était imposé la tâche difficile de déterminer, à l'aide d'observations minutieusement recueillies, la localisation des centres moteurs des groupes musculaires des membres dans certains points des hémisphères cérébraux.

Les travaux de cet Anglais commencent en 1861 et se poursuivent jusqu'en 1873. Nous croyons inutile d'en donner la liste bibliographique, qui se trouve tout au long dans la thèse de Lépine.

Huglings Jackson constata et mit en lumière de la manière la plus évidente que les excitations corticales d'un hémisphère engendraient toujours dans la moitié du corps opposé des contractures, des spasmes ou des convulsions. Ces phénomènes moteurs unilatéraux sont désignés par lui sous le nom d'hémikinèses. Dès lors, la physiologie pathologique de l'épilepsie hémiplégique est connue. Les convulsions épileptiformes qui se montrent dans une moitié du corps et y demeurent localisées sont sous la dépendance d'une lésion iritative de l'écorce cérébrale. En poursuivant notre étude, nous verrons s'il nous est possible de préciser davantage. Pour le moment, des travaux de Jackson, il ne nous est pas permis de tirer d'autres conclusions.

Les résultats sont cependant très-considérables, et ils n'ont été ob-

(1) Rendu, Des paralysies dans la méningite tuberculeuse, Thèse de Paris.

tenus que par les seules lumières de la clinique. Ces faits étaient définitivement acquis à la science avant les travaux de Hitzig et Ferrier.

Ici se placent par ordre chronologique les expériences de ces auteurs.

Ils confirment les résultats déjà obtenus, mais ils vont plus loin. Ils précisent l'étendue et le siège de la zone excitable, la divisent en territoires distincts, et déterminent l'existence et la position des différents centres qui président aux mouvements des divers muscles.

Désormais est imposé au médecin un travail de contrôle. Il doit déterminer au lit du malade si les conclusions des physiologistes sont exactes et si le point atteint se rapproche de celui indiqué par ces auteurs.

Les observations utiles pour atteindre ce but sont peu nombreuses. Elles ont été soigneusement recherchées par M. Grasset et publiées dans son livre des localisations cérébrales. Nous les reproduisons en y ajoutant les quelques cas que nous avons pu trouver dans les auteurs. C'est notre deuxième groupe de faits.

Nous reprenons dans cette exposition les trois grands types classiques de Bravais, et nous grouperons sous ces trois chefs les observations enregistrées.

A. CONVULSIONS DÉBUTANT PAR LE BRAS

Jackson. — Convulsions limitées au bras droit : tumeur à la partie postérieure de la première circonvolution frontale gauche.

Charcot. — Accès d'épilepsie partielle dans le membre supérieur du côté gauche ; foyer hémorrhagique intéressant la partie postérieure de la première circonvolution frontale à droite.

Charcot. — Epilepsie débutant par des convulsions partielles dans le membre supérieur gauche ; plaque jaune ancienne entre la première

et la deuxième circonvolution frontale, près de la circonvolution frontale ascendante.

Charcot. — Convulsions dans le bras droit, puis épilepsie hémiplégique droite ; petit foyer dans le partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante.

Jackson. — Convulsions du bras droit, s'étendant ensuite du bras droit à la jambe droite ; plus tard convulsions générales, tumeur couvrant à gauche la partie postérieure de la première circonvolution frontale au point de réunion avec la frontale ascendante.

Jackson. — Convulsions du bras droit commençant par des crampes des doigts ; gliôme à la partie supérieure du sillon de Rolando, comprimant la circonvolution pariétale ascendante.

Glicky. — Convulsions dans les muscles du bras gauche, épilepsie hémiplégique gauche ; gliôme ayant détruit les deux circonvolutions ascendantes et leur voisinage et le lobule paracentral à droite.

Mahot. — Attaques convulsives, les unes étendues à tout le côté droit du corps, les autres presque exclusivement limitées au bras et à l'avant-bras du côté droit ; gliôme au tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante gauche.

Henrot. — Attaques convulsives débutant par les doigts de la main gauche ; masse tuberculeuse enfoncée dans la substance grise de la circonvolution frontale ascendante droite au niveau du tiers moyen de cette circonvolution.

De ces neuf faits, il résulte très-clairement que la lésion de l'épilepsie hémiplégique commençant par le membre supérieur a son siège à la partie supérieure du sillon de Rolando, en haut des circonvolutions ascendantes, en y comprenant leur prolongement à la face interne, le lobule paracentral.

B. CONVULSIONS COMMENÇANT PAR LE MEMBRE INFÉRIEUR

De l'aveu de M. le professeur Grasset, la science ne possède pas de fait bien positif pour ce type de convulsions. Une observation assez obscure de Griesenger, citée par Charcot, est la seule que l'on ait à cet égard. De nombreux cysticerques étaient épars dans l'encéphale ; l'un deux occupait l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante. Ce cas est, en effet, assez vague.

Notre Observation I nous semble très-probante et très-utile à l'élucidation de cette question. Elle corrobore et confirme les données de la physiologie expérimentale. Où Ferrier place-t-il le centre des mouvements du membre inférieur ? Sur le lobe pariétal supérieur. Or, c'est justement dans ce point que l'autopsie nous a montré les lésions les plus anciennes et les plus étendues.

Les circonvolutions rolandiques et le lobule paracentral sont moins atteints, et d'une manière accessoire. Dans les deux hémisphères, ces altérations sont à peu près exactement symétriques. Les phénomènes observés durant la vie concordent avec les résultats de l'examen nécropsique. Les convulsions ont toujours débuté par les jambes et y sont demeurées prédominantes. Les contractures étaient aussi plus intenses dans ces segments de membre. Dans les bras, tous ces symptômes ont existé, mais à une époque plus tardive et beaucoup atténués.

N'ayant pas d'autopsie, nous ne pouvons rien conclure de notre Observation II.

Mais la première est suffisamment probante ; elle concorde trop bien avec les expériences physologiques pour que nous ne soyons pas en droit de conclure et d'admettre que l'épilepsie hémiplégique débutant par le pied a sa lésion sur le lobule pariélal supérieur.

C. CONVULSIONS DÉBUTANT PAR LES MUSCLES DE LA FACE.

Hitzig. — A la suite d'un traumatisme, accès subit de convulsions cloniques dans le domaine du facial gauche, l'aile du nez, la paupière, la commissure labiale et la langue, du même côté ; abcès de la couche corticale à droite, siégeant dans le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante, au niveau de la troisième circonvolution frontale.

Wernher. — Convulsions occupant tous les muscles de la face droite, les muscles du cou à droite, à l'avant-bras, les extenseurs et les fléchisseurs des doigts ; lésion à la partie tout à fait inférieure de la circonvolution frontale ascendante, au voisinage de la scissure de Sylvius.

Verneuil. — Enfoncement des os du crâne ; spasmes de la langue et de la mâchoire ; la contusion occupait la scissure de Sylvius, depuis le lobe sphénoïdal jusqu'à la troisième circonvolution.

Charcot et Ball. — Ces deux auteurs auraient observé un cas analogue à celui de Hitzig.

De ces faits, il semble résulter que les lésions de l'épilepsie hémiplégique débutant par la face doivent occuper la partie inférieure de la région corticale motrice.

Voilà à peu près l'état de nos connaissances sur ce sujet. Le syndrome épilepsie hémiplégique ne présente plus guère d'obscurité pour le clinicien, et le chemin parcouru depuis Bravais est très-considérable. On connaissait alors simplement la symptomatologie de l'affection, et on la distinguait à peine des autres maladies qui pouvaient la

simuler. La pathogénie était absolument ignorée. Aujourd'hui, grâce aux travaux qu'inaugura Jackson et qu'ont affermis les recherches expérimentales et cliniques, nous savons rattacher les symptômes aux lésions et inférer de leur existence une altération corticale cérébrale. Presque toujours, s'il agit prudemment, le médecin pourra porter un diagnostic sûr : c'est une affection connue.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Le pronostic de cette affection est variable. On nous permettra, avant de l'exposer plus amplement, de discuter le titre de ce syndrome.

On l'appelle épilepsie hémiplégique. Pourquoi épilepsie? Y a-t-il quelque parenté de nature entre elle et le haut mal? N'est-ce qu'une variété de cette terrible névrose, et est-il juste de laisser à la maladie qu'a décrite Bravais cette étiquette infamante? Non, rien de tout cela n'est vrai. Nous savons bien que dans l'un et l'autre cas il existe des convulsions ; mais cela suffit-il à rapprocher deux choses aussi disparates, aussi dissembables de nature? Quel est le médecin qui, ayant à soigner un malade de cette sorte, oserait dire à la famille que ce membre est épileptique, car il devrait dire cela s'il se servait de la désignation que nous combattons? Les appellations médicales ne doivent avoir aucune ambiguïté, même aux yeux des personnes étrangères à notre art. Le médecin ne s'y trompera pas, nous le savons ; mais pourquoi ne pas se servir par exemple de l'expression : convulsions hémiplégiques. C'est clair et précis.

Nous n'insistons pas davantage ; nous avons simplement voulu protester contre la fausse application d'un terme qui entraîne avec lui une signification si terrible.

Discutons maintenant le pronostic. Il est grave en soi. Ce n'est

jamais inpunément que le cerveau se trouve lésé. Cette affection est très-souvent incurable, soit que la lésion échappe à nos moyens d'action thérapeutique, soit que des récidives surviennent une fois la guérison obtenue. Dans certains cas cependant, nous avons une action quelquefois très-considérable.

Ainsi, dans les épilepsies de nature syphilitique, les agents spécifiques font merveille.

La gravité du pronostic décroît notablement aussi, s'il est possible à l'intervention chirurgicale de s'exercer utilement. Dans le jeune âge, l'épilepsie hémiplégique peut entraîner l'idiotie, résultant de l'atrophie cérébrale consécutive à la lésion ; chez l'adulte, cette éventualité est moins à craindre, et l'intelligence souffre peu des attaques répétées. Cette affection n'est évidemment par trans missible par l'héridité. Quand nous n'avons pas d'action sur elle, cette affection constitue une sorte d'infirmité compatible avec la durée quelquefois très-longue de l'existence.

Il est rare qu'elle cause la mort ; celle-ci survient du fait de quelque autre complication.

Le diagnostic symptomatologique est généralement facile et n'exige le plus souvent, de la part du médecin, qu'un peu d'attention. Le mode de début, la localisation des accidents à une moitié du corps, quelquefois les anamnestisques, sont de précieux auxiliaires à la solution de cette partie du problème.

Le diagnostic pathogénique est plus épineux. Cependant, l'analyse exacte de tous les signes permet de le poser avec sûreté. Il serait possible de confondre l'épilepsie hémiplégique avec le haut mal. On sait que dans cette névrose, les accidents débutent quelquefois par un bras ou une jambe, et les convulsions généralisées sont très-souvent plus intenses dans l'un ou l'autre côté. Dans ces cas-là, l'erreur est possible. Cependant on l'évite en analysant scrupuleusement tous les signes qu'il est possible de recueillir.

Dans le haut mal, l'hérédité est fréquente, les convulsions généralisées et leur mode de début variable. Chez ces malades, l'habitus est

caractéristique. Rien de tout cela dans la maladie de Bravais, où les convulsions, débutant invariablement par un point du corps, s'y localisent très-exactement. Il y a presque toujours hémiplégie motrice, jamais d'hérédité. On procéderait de même pour distinguer chez l'enfant l'épilepsie hémiplégique des autres convulsion.

Une fois l'affection reconnue, on doit, s'il est possible, rechercher la nature de la lésion et son siège. Est-ce une hémorrhagie, un ramollissement, une méningite, un abcès, ou les diathèses tuberculeuse ou syphilitique doivent-elles être incriminées ? L'âge du malade, les anamnestiques, les diverses circonstances qui ont précédé ou suivi les manifestations convulsives seront dans ce cas de précieux éléments de diagnostic. Nous ne pouvons nous étendre; nous nous bornons à indiquer la marche à suivre.

Suivant le mode de début des accidents, la persistance de la douleur dans un point limité et toujours le même du crâne, on pourra très-souvent préciser assez exactement le siège probable de la lésion. Ce diagnostic, outre l'intérêt purement spéculatif qui s'y attache toujours, acquiert une importance pratique considérable, lorsqu'on se décide à intervenir chirurgicalement. Comment, en effet, appliquer une couronne de trépan, si l'on ne sait le siège précis du mal ?

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Nous serons bref sur ce sujet. L'épilepsie hémiplégique, en effet, n'exige pas de traitement spécial, et chaque cas est justiciable des moyens ordinairement dirigés contre la lésion génératrice. Les données étiologiques doivent surtout inspirer et diriger le traitement. Pour remplir utilement cette indication causale, le diagnostic doit être posé avec précision. Contre les cas de nature syphilitique, on aura recours aux spécifiques, mercure et iodure de potassium. Ces deux agents pourront être administrés à la fois ou ce dernier tout seul. C'est au médecin à juger de l'opportunité de leur emploi.

Si l'on a affaire à des tubercules, on pourra avoir recours aux moyens préconisés contre cette diathèse. Mais rarement obtiendra-t-on quelque chose. Dans ce cas, de même que dans les hémorrhagies, les abcès, les ramollissements ou les diverses tumeurs de quelque nature qu'elles soient, la cause productrice des accidents échappe le plus souvent à nos moyens d'action ou y demeure rebelle. Nos efforts se réduisent alors à faire de la médication symptomatique. Il est permis de croire, quoique rien ne le prouve encore, que chaque accès épileptiforme correspond à une poussée congestive ou inflammatoire se faisant du côté de l'écorce cérébrale. Il y a là d'ailleurs, du fait de la lésion, un appel fait à la fluxion. Le rôle du médecin doit être de la

modérer. Il a pour cela à sa disposition les méthodes révulsive et dérivative. Les moyens de réaliser ces médications sont nombreux et variés. Tels sont les vésicatoires, les purgatifs, les saignées générales ou locales, les moxas, les cautères. Tous ces moyens appliqués loin du siège du mal l'atténueront en déplaçant la congestion encéphalique et portant ailleurs la fluxion.

En usant de cette médication avec prudence, on pourra améliorer l'état du malade et espacer les accès convulsifs ; mais ce serait se leurrer que d'en attendre la guérison radicale et complète.

Nous avons cependant à notre disposition un moyen très-actif et qui, lorsqu'il est indiqué, donne souvent des résultats durables. Nous voulons parler de la trépanation.

Si l'on peut imputer avec quelque apparence de raison les accidents convulsifs à un abcès, une esquille osseuse ou quelque tumeur opérable de quelque nature qu'elle soit, il devient évident que leur ablation remédiera à tout. L'aventure est hasardeuse, mais elle peut donner de merveilleux résultats.

Par l'administration des antispasmodiques, l'on pourra, dans une certaine mesure peut-être, diminuer l'excitabilité cérébrale. On ne doit cependant pas se promettre de trop bons effets de cette médication.

En somme, notre action thérapeutique est petite, et les malades ainsi atteints sont voués à une infirmité à peu près incurable.

OBSERVATIONS

Observation première

(PERSONNELLE)

Hémiplégie double. — Contractures consécutives. — Convulsions hémiplégiques débutant par le pied. — Idiotie. — Mort. — Autopsie.

Elisa, fille naturelle, âgée de 12 ans, est à l'Hôpital-Général depuis quatre ans.

Elle est très-chétive et absolument idiote ; elle ne parle pas et ne manifeste ses sentiments que par des cris inarticulés ou des gestes désordonnés. Ses membres sont atteints de contracture. Le côté gauche est beaucoup plus frappé que le droit. Des deux côtés, la contracture prédomine aux membres inférieurs. La malade présente, en outre, à certains moments, un balancement de la tête à droite et à gauche s'effectuant avec un rythme très-régulier.

Voici l'histoire de cette malade telle que sa mère nous l'a racontée.

Elisa, née en apparence très-bien constituée, fut frappée quinze jours après sa naissance de convulsions, l'origine de son mal. Elles étaient à cette époque limitées au côté gauche ou y prédominaient, revenaient très-fréquemment deux ou trois fois à certains jours et à

intervervalles très-irréguliers ; elles étaient beaucoup plus accentuées à la jambe qu'au bras et débutaient très-souvent, d'après la remarque qu'en avait faite la mère, par ce segment de membre. L'enfant perdait constamment connaissance.

Au bout de six à sept ans, d'aures phénomènes se montrent dans ce côté. Ce sont des contractures qui, commençant d'abord par le pied, ne tardent pas à se propager au bras. En même temps, les convulsions disparaissent mais persistent et s'accentuent dans le côté droit. Ici elles ont la même allure qu'à gauche, débutant par la jambe et y prédominant.

A cette époque, la malade rentre à l'Hôpital-Général, où nous avons été fréquemment témoin de ses accès convulsifs. Ils débutaient invariablement par la jambe. Celle-ci se fléchissait et s'étendait avec rapidité ; puis le bras, d'abord brusquement rapproché du tronc, ne tardait pas à s'agiter avec force ; la tête, frappée en dernier lieu, s'inclinait fortement à droite. Quelquefois l'œil roulait dans l'orbite, la commissure était très-souvent tirée ; enfin, le corps s'incurvait en arc du côté convulsé. Ces accès étaient courts et ne venaient qu'assez rarement,

Bientôt les contractures envahissent également ce côté, supprimant ainsi les accès convulsifs. Elles débutent par la jambe, où elles sont beaucoup plus accentuées qu'au bras ; à la mort, qui a lieu en mai 1884, celui-ci n'était qu'incomplètement contracturé.

Autopsie. — Encéphale. La tête est petite, peu développée pour l'âge de la malade. La dure-mère, épaissie au niveau de la scissure interhémisphérique, adhère aux autres méninges et au cerveau dans un point qui correspond de chaque côté au sillon de Rolando. La pie-mère présente çà et là des traînées de suffusion séreuse. Conjonction intense de cette membrane. Le liquide céphalo-rachidien est très-abondant.

Le cerveau, dépouillé de ses enveloppes, présente à considérer les particularités suivantes :

Sur l'hémisphère droit, confinant à la scissure interhémisphérique,

apparaissent les vestiges d'une hémorrhagie corticale ancienne. Le foyer est grand en tout comme deux pièces de cinq francs, s'étend à la face interne du cerveau, au corps calleux, et de là passe à l'autre hémisphère. C'est une plaque de couleur ocreuse, de consistance assez dure et d'aspect gélatineux. A ce niveau, toute l'écorce est détruite. Cette hémorrhagie occupe très-exactement l'extrémité supérieure des circonvolutions rolandiques, mais surtout la pariétale ascendante, la partie la plus antérieure du lobule pariétal supérieur, et tout le lobule paracentral.

Sur l'hémisphère gauche, les lésions sont symétriquement situées, mais pas aussi étendues et plus récentes. On voit très-bien que le *processus* destructif s'est propagé de proche en proche par l'intermédiaire du corps calleux. Le lobule paracentral et le lobule pariétal supérieur sont atteints dans les mêmes limites que sur l'autre hémisphère. Les circonvolutions rolandiques sont intactes.

On constate une sorte d'irrégularité dans les circonvolutions résultant d'un défaut de développement.

Cavités ventriculaires très-développées et remplies de liquide.

Les coupes de Pitres ne font découvrir aucune lésion profonde. Le cervelet est normal.

Moelle. — A l'ouverture du canal rachidien, on trouve le cordon médullaire entouré d'une sorte de gelée sanguinolente.

Les méninges sont intactes.

Extérieurement, la moelle ne présente rien d'anormal : point de ramollissement ni d'ossymétrie.

A l'œil nu, on reconnaît très-bien sur les coupes les vestiges de la sclérose descendante des cordons antéro-latéraux. L'examen microscopique la met hors de doute. Elle est beaucoup plus complète à gauche qu'à droite.

Observation II

(PERSONNELLE)

Excès alcooliques. — Attaque d'apoplexie. — Epilepsie hémiplégique droite, débutant toujours par la jambe. — Aura très-nette. — Troubles mentaux alternant avec les phénomènes convulsifs.

St-Léger, âgé de 58 ans, pensionnaire à l'Hôpital-Général depuis le 12 juillet 1883, est d'un tempérament sanguin et d'une constitution forte. Il exerçait avant sa rentrée la profession de tailleur de pierre.

Ses enfants sont tous très-bien portants. Rien à noter du côté des collatéraux et des ascendants et, quelque soin que l'on y mette, on ne relève aucune hérédité nerveuse exagérée. Pas de maladies antérieures. Il n'a pas fait d'excès génésiques mais s'est, par contre, adonné aux boissons alcooliques. Ce penchant, qui avait commencé lors de son service militaire et pendant ses campagnes en Afrique, n'a fait que croître, une fois notre homme rendu à la vie civile. Il se soûlait, nous dit-il, de temps à autre.

C'est dans ces conditions qu'en 1868, à l'âge de 42 ans, il fut frappé d'une attaque qui le laissa paralysé du côté droit. Ce fut après le repas de midi, au réveil d'une sieste qu'il avait faite accoudé sur la table, qu'en voulant se lever, il s'affaisa.

A quelques jours de là, d'autres phénomèmes survinrent, mais ceux-ci d'un caractère spécial. Dans le côté paralysé, avaient lieu des crampes qui, débutant d'abord par les muscles du mollet, descendaient vers le pied, remontaient la jambe, gagnaient le bras, les muscles de la nuque et la tête. A ce moment-là, il y avait chute et des convulsions éclataient, exactement localisées au côté hémiplégique. Ces sortes d'attaques étaient de courte durée. Une, deux minutes, et c'était tout. Il y avait fréquemment perte de connaissance.

Ces sortes de crises se répétant à intervalles assez rapprochés, le

malade se décide à rentrer à l'hôpital St-Eloi, dans le service de M. le professeur Dupré. Un traitement révulsif et antispasmodique fut institué. On appliqua des sangsues à l'anus et aux malléoles ; on prescrivit des bains sulfureux de vapeur, des douches, des pilules de Méglin, etc.

Après trois mois de l'usage de ce traitement, il sort de l'hôpital à peu près guéri. Le côté droit est toujours faible, mais les accidents convulsifs ont cessé de se manifester. Ce mieux dure six ans, pendant lesquels le malade vaque à ses occupations sans trop de peine.

En 1874, les phénomènes épileptiques reparaissent. L'aura a toujours le même point de départ et suit le même trajet pour aboutir aux mêmes phénomènes convulsifs.

A cette époque, le malade imagine un expédient très-ingénieux pour prévenir les accidents. Il consiste en un système de ficelles qu'il enroule autour du bras et de la jambe, et dont il tient les extrémités dans ses mains. Au moindre signe, il tire sur elles. Si l'aura a dépassé la jambe, il l'enraye au bras. Ce système agit par striction sur les muscles spasmodiquement convulsés. Il affirme prévenir ainsi presque toujours le développement complet des accidents. A cette époque, les crises sont assez espacées, reviennent sans régularité et durent peu. Le malade peut gagner sa vie en s'occupant de petits travaux manuels ; aussi ne se décide-t-il à rentrer à l'Hôpital-Général qu'en 1883, au mois de juillet.

On fit alors les constatations suivantes :

La figure, fortement congestionnée, rappelle le facies apoplectique. Les fonctions gastro-intestinales s'accomplissent très-bien, et l'appareil cardio-pulmonaire ne présente rien d'anormal dans son fonctionnement. On note simplement un très-léger degré d'athérome artériel.

Le corps est considérablement incliné à droite. On constate dans ce côté une hémiplégie assez notable; le pied traîne pendant la marche, et le bras, étudié comparativement avec celui du côté opposé à l'aide du dynamomètre, présente une diminution très-appréciable dans la force musculaire. Les traits de la face sont réguliers.

L'état de la sensibilité, exploré avec le compas de Weber, nous a toujours paru normal. Les sens spéciaux fonctionnent bien.

L'intelligence semble altérée à un degré très-appréciable. Cet état se reflète très-bien sur sa physionomie, qui a quelque chose d'hébété et de niais.

Le même jour de son entrée, il eut plusieurs attaques d'épilepsie. L'une entre autres fut complète, malgré l'emploi des ficelles dont nous avons déjà parlé. La jambe, puis le bras, furent agités de secousses cloniques. En même temps, le corps s'incurva fortement à droite, comme s'il eût voulu se plier en deux, et les convulsions envahirent en dernier lieu la face. La commissure était fortement tirée vers l'oreille, et l'œil roulait rapidement dans l'orbite. Tous ces désordres étaient exactement localisés au côté droit. Pendant tout le temps de l'attaque, cette partie du corps demeura insensible aux pincements et aux piqûres. Tout cela dura à peine une minute. En revenant à lui, il semblait sortir d'un rêve et était profondément hébété.

L'attaque, d'après ce qu'il nous raconte, est toujours précédée d'une aura. Elle commence invariablement par le petit orteil. C'est à ce niveau une sensation ordinaire de fraîcheur ou de froid. Immédiatement des crampes s'emparent du mollet et de la jambe et suivent la marche précédemment indiquée ; celles-ci deviennent très-sensibles pour l'observateur, lorsqu'on enserre le mollet avec les deux mains ; on sent alors très-bien les muscles se relâcher et entrer tour à tour en contraction.

Au mois de février, des phénomènes d'un autre ordre eurent lieu. L'intelligence s'affaissa complètement, et le malade devint comme idiot. Il souriait niaisement, appelait le garçon et ne lui demandait rien. Si on le questionnait, il faisait des réponses déraisonnables, et marmottait toute la journée des paroles inintelligibles sous l'influence d'un délire calme.

Cet état dura tout le mois de février et une partie du mois de mars. Pendant tout ce temps, les attaques d'épilepsie cessèrent complètement et reparurent au contraire dès que l'état mental s'améliora.

Aujourd'hui la situation du malade est à peu près la même qu'à son entrée. Les attaques sont très-nombreuses et varient de trois à quatre par jour. L'hémiplégie est restée stationnaire, mais l'état mental s'est certainement affaibli.

Vu :	Permis d'imprimer :	Vu, bon à imprimer :
Le président censeur,	*Le Recteur de l'Académie,*	*Le Doyen,*
CASTAN.	G. CHANCEL.	BENOIT.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

L'alcool, l'éther, au point de vue chimique et pharmaceutique

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme ?

Pathologie externe

Du cancer de l'utérus.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.